

FRANCISCAN CHILDREN'S 30 Warren Street, Brighton, MA 02135 (617) 254-3800 x 1970 FAX: 617-779-1269 Medical Records Department	
---	---

Seção 1: AUTORIZAÇÃO para LIBERAÇÃO de INFORMAÇÃO DE REGISTRO MÉDICO (“ROI”)

Paciente:	Data de Nascimento:	MR#
Endereço do Paciente:	Cidade:	CEP:

Eu, por meio desta, autorizo o: Franciscan Children's a (favor marcar um): **LIBERAR PARA** **OBTER DE**

Dr./Estabelecimento/Escola:	Outro:
Nome da rua:	Nome da rua:
Cidade:	Cidade:
CEP:	CEP:
Atenção:	Atenção:

Seção 2: DATAS DOS SERVIÇOS/TRATAMENTOS
DE: _____ **ATÉ:** _____

Seção 3: PROPÓSITO DA DIVULGAÇÃO

<input type="checkbox"/> CUIDADOS MÉDICOS Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento Raios-X mais recentes, exame de laboratório mais recente, EKG, Consultas, Avaliações de terapias	<input type="checkbox"/> ELEGIBILIDADE POR INCAPACIDADE Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento EKG, Raios-X, Exames de laboratório, Consultas, Avaliações de terapias	<input type="checkbox"/> IEP/EDUCAÇÃO Planejamento Relatório (s) de Avaliação <input type="checkbox"/> SPED Materiais Educativos <input type="checkbox"/> ESCOLA/ESPORTES COLÔNIA DE FÉRIAS Vacinas Exame físico (mais recente)	<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO Relatório da operação, registro de anestesia, formulário dentário <input type="checkbox"/> JURÍDICO <input type="checkbox"/> Certificado para tribunal <input type="checkbox"/> Intimação	<input type="checkbox"/> SEGURO/PAGAMENTO Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento Raios-X mais recentes, exame de laboratório mais recente, EKG, Consultas, Reabilitação/Avaliações de terapias	<input type="checkbox"/> Informação adicional MARQUE abaixo: <input type="checkbox"/> Anotações ambulatoriais <input type="checkbox"/> Avaliações (terapia) <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Testes genéticos <input type="checkbox"/> Avaliação neuropsicológica <input type="checkbox"/> Informação educacional <input type="checkbox"/> OUTRO:
---	---	---	---	--	---

Seção 4: CONDIÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO:

Esta autorização estará em vigor por 120 dias após a data da assinatura. Compreendo que esta autorização pode ser revogada a qualquer momento mediante notificação por escrito para o estabelecimento, a menos que uma ação baseada nela já tenha ocorrido. Uma fotocópia ou fac-símile desta autorização constituirá uma autorização válida. Compreendo que a pessoa/estabelecimento/agência que recebe as informações pode divulgá-las novamente e as informações podem não ser protegidas por leis ou regulamentos de privacidade. Eu entendo que o uso ou divulgação de informações é voluntário e não preciso de assinar para receber tratamento ou serviços.

Seção 5: Se os seus registros contêm informações protegidas/confidenciais (listadas abaixo) marque as opções apropriadas para identificar a informação que o Sr. (a) deseja ter INCLUIDA na liberação ou EXCLUÍDA da liberação.

Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir **registros psiquiátricos (por exemplo, avaliação neuropsicológica, terapia de saúde comportamental, Serviço Social)** para as pessoas/agências acima mencionadas.

Eu não consinto com a liberação de **registros psiquiátricos.**

Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir doenças sexualmente transmissíveis (“STDS”) para as pessoas/agências acima mencionadas.

Eu não consinto com a liberação de **doenças sexualmente transmissíveis.**

Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir **informação confidencial** (por exemplo, teste genético/aconselhamento, abuso, violência, agressão sexual) para as pessoas/agências acima mencionadas.

Eu não consinto com a liberação de **informação confidencial.**

Liberação de informação sobre drogas e álcool.
 Eu autorizo a divulgação de informação sobre drogas e álcool (informação sobre Drogas e Álcool é protegida por Regulamentação Federal: 42 CFR Parte II.)

Eu não consinto com a liberação de **informação sobre drogas e álcool.**

Liberação de Informação sobre HIV. Na medida em que o meu prontuário médico contém informação relativa ao anticorpo HIV (HTLV-III) e ao teste antígeno que está protegido pelo M.C.L. Ch. 111 § 70f, eu autorizo a divulgação de tais informações para o seguinte propósito: _____

Eu não consinto com a liberação de **Informação sobre HIV.**

Seção 6: ASSINATURA E DATA:

NOME IMPRESSO:

(MARQUE UM)

- Paciente (se com 18 ou mais velho/ou menor emancipado)
- Paciente (se o paciente tem menos de 18)

- Guardião Legal (documentação adicional exigida)
- Agente de Saúde (documentação adicional exigida)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA E DATA:

NOME IMPRESSO: